



## clínica e investigación en ginecología y obstetricia

[www.elsevier.es/gine](http://www.elsevier.es/gine)



### ORIGINAL

## Técnica B-Lynch para el tratamiento de la hemorragia posparto

Raquel Villar Jiménez\*, Guadalupe Aguarón, Ana Belén González-López,  
Marco Antonio Arones y Gaspar González de Merlo

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

Recibido el 7 de junio de 2010; aceptado el 6 de septiembre de 2010

Disponible en Internet el 18 de febrero de 2011

### PALABRAS CLAVE

Técnica de B-Lynch;  
Atonía uterina;  
Hemorragia posparto

### Resumen

**Objetivo:** Revisar la eficacia de la técnica descrita por B-Lynch en 8 casos de hemorragia posparto precoz secundaria a atonía uterina refractarios al tratamiento médico convencional.

**Sujetos y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de 8 casos de atonía uterina en los que se aplicó la técnica de B-Lynch en nuestro centro entre 2004 y 2009.

**Resultados:** En 7 casos en los que se realizó la técnica se consiguió resolver el problema hemorrágico, excepto en uno de ellos en el que hubo que hacer una histerectomía obstétrica.

**Conclusiones:** La técnica de B-Lynch es una técnica efectiva, rápida y segura en el tratamiento de la atonía uterina, no obstante a veces hay que recurrir a la histerectomía obstétrica, como último recurso, cuando anteriormente nos han fracasado todas las técnicas, para permitir conservar la integridad uterina.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

B-Lynch technique;  
Uterine atony;  
Postpartum  
hemorrhage

### The B-Lynch technique for the treatment of postpartum hemorrhage

### Abstract

**Objective:** To review the effectiveness of the technique described by B-Lynch in 8 cases of early postpartum hemorrhage secondary to uterine atony refractory to medical treatment.

**Subjects and methods:** We performed a retrospective descriptive study of 8 cases of uterine atony treated with the B-Lynch technique in our center between 2004 and 2009.

**Results:** Hemorrhage was resolved in 7 patients. Obstetric hysterectomy was required in the remaining patient.

**Conclusions:** The B-Lynch technique is effective, safe and rapid in the treatment of uterine atony. However, obstetric hysterectomy may be required as a last resort when all other uterine-conserving techniques have failed.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Hermanos Falcó, s/n, 02006 Albacete.

Correo electrónico: [raquelviji@hotmail.com](mailto:raquelviji@hotmail.com) (R. Villar Jiménez).

## Introducción

La hemorragia posparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia posparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 h tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía uterina<sup>1</sup>.

El diagnóstico suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después. Como se ha explicado anteriormente, además de intentar cuantificar la hemorragia es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente.

En el manejo de la hemorragia posparto precoz es crucial una actuación inmediata y secuencial, así como también es esencial identificar su origen. En el caso de la atonía uterina, se emplearán técnicas que favorezcan la contracción del útero. Primero se realizará un manejo farmacológico para control de la hemorragia, si el empleo de uterotónicos no controla la hemorragia se realiza una revisión bimanual de la cavidad uterina para verificar que no haya restos placentarios y se da masaje al cuerpo uterino para estimular su contracción<sup>2,3</sup>.

Existen varias técnicas invasivas para controlar la hemorragia, como son la ligadura de arterias hipogástricas y uterinas y la embolización selectiva de las arterias uterinas. Sin embargo, estas técnicas requieren equipos especializados y cirujanos con experiencia en la ligadura vascular, que no siempre están disponibles cuando se presenta el caso de atonía. Por ello se puede recurrir a técnicas compresivas mediante suturas en el útero que intentan su contracción, para favorecer el cese de la hemorragia.

Una de las técnicas de compresión uterina es la técnica de B-Lynch, fue la primera en ser definida y la más frecuentemente empleada, que consiste en la aplicación de suturas en el útero. Estas técnicas de plicatura se han propuesto desde hace algunos años y han demostrado su efectividad como una buena alternativa, en casos de hemorragia posparto refractaria que tiene como causa la atonía uterina, evitando procedimientos quirúrgicos mayores<sup>4,5</sup>.

Nuestro objetivo en este estudio consiste en revisar los casos de atonía uterina y hemorragia posparto precoz en los que se precisó la realización de la técnica de B-Lynch, valorando su eficacia y seguridad.

## Material y métodos

Presentamos los casos de 8 pacientes que fueron atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, entre enero de 2004 y diciembre de 2009, y que se les realizó la técnica de B-Lynch por una hemorragia posparto precoz, como consecuencia de una atonía uterina. Se revisó la historia clínica de las pacientes, se recogieron los datos

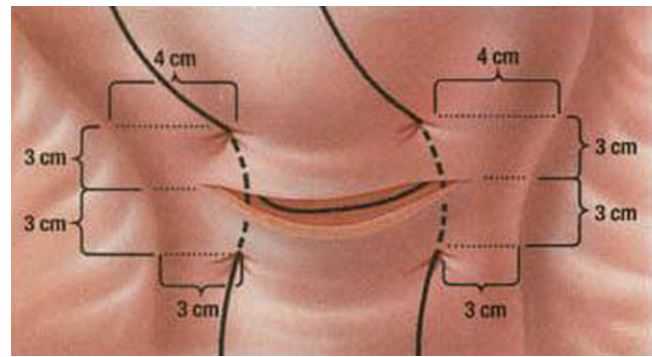


Figura 1 Esquema de la técnica B-Lynch.

referentes a la edad materna, paridad, el parto, las circunstancias en que se aplicó la técnica de B-Lynch y la evolución de las pacientes durante su estancia hospitalaria.

La conducta obstétrica se realiza según el protocolo de hemorragia posparto que consistió en la administración secuencial de oxitocina 20 U en 500 ml de suero salino fisiológico a 60 mU/min por vía intravenosa, metilergometrina una ampolla de 0,2 mg por vía intravenosa, misoprostol 5 comprimidos de 200 mg rectales, 15-metilprostaglandina F2 a 250 mg intramiotrial. El siguiente paso es la embolización arterial selectiva mediante cateterización por radiología intervencionista, aunque el inconveniente de este procedimiento es su escasa disponibilidad.

Tras el fracaso del protocolo de hemorragia posparto, se aplicó la técnica de B-Lynch. Previamente a esta demostración de la descripción de la técnica de B-Lynch, anotar que la paciente se debe colocar en posición de Lloyd Davies, con la finalidad de poder acceder a la vagina para evaluar el volumen y control del sangrado por medio de una torunda. Se realiza una compresión manual del útero previamente exteriorizado, comprobándose la disminución o inhibición del sangrado y, por tanto, la probable eficacia del método.

Se presenta un esquema adicional (fig. 1) de los detalles, distancias y referencias anatómicas en relación con la histerotomía, para el entendimiento del procedimiento<sup>5,6</sup>.

En nuestro medio, se pueden utilizar suturas reabsorbibles de poliglactina o de ácido poliglicólico del n.º 2, preferiblemente con una aguja atraumática.

El primer punto se coloca a unos 3 cm por debajo del borde de la histerotomía y a 3 cm del borde lateral uterino, saliendo a 3 cm por arriba de la histerotomía y a 4 cm del borde uterino. Descrita originalmente su realización en 2 tiempos, dado el tamaño de la aguja, es posible en algunos casos hacerlo en un tiempo. Se lleva la sutura en sentido ascendente y se coloca el punto posterior que penetra en cavidad y que se da al mismo nivel que la histerotomía, a unos 4 cm a cada lado del borde uterino, donde empieza el ligamento ancho.

La sutura que debe quedar a cierta tensión comprimiendo el útero, se deja a unos 4 cm del cuerno uterino para evitar un posible deslizamiento lateral de la misma.

Finalmente, se procede a la colocación del punto nuevamente sobre el segmento uterino, de manera similar al realizado en el lado contralateral, a 3 cm por arriba del borde de la histerotomía y a 4 cm del borde lateral uterino.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2812965>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2812965>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)